



Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Bacharelado em Saúde Coletiva

**ANÁLISE DA MORTALIDADE INFANTIL E SUA RELAÇÃO COM OS GASTOS
PER CAPITA E O ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO DOS MUNICÍPIOS NO
PERÍODO DE 2010 A 2014.**

Thaíza Karolline De Sousa Pimentel

Brasília

2017

THAÍZA KAROLLINE DE SOUSA PIMENTEL

**ANÁLISE DA MORTALIDADE INFANTIL E SUA RELAÇÃO COM OS GASTOS
PER CAPITA E O ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO DOS MUNICÍPIOS NO
PERÍODO DE 2010 A 2014.**

Monografia apresentada ao Curso de
Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de
Ceilândia da Universidade de Brasília, como
requisito para obtenção do Grau de Bacharel
em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr: Everton Nunes Da Silva

Brasília

2017

**ANÁLISE DA MORTALIDADE INFANTIL E SUA RELAÇÃO COM OS GASTOS
PER CAPITA E O ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO DOS MUNICÍPIOS NO
PERÍODO DE 2010 A 2014.**

THAÍZA KAROLLINE DE SOUSA PIMETEL

Esta monografia foi julgada e aprovada para a obtenção do Grau de Bacharel, no curso
de Saúde Coletiva, da Faculdade de Ceilândia.

Aprovado em: ____/____/____

Prof. (a) Everton Silva Nunes Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Orientador

Prof. (a) Carla Pintas Marques
Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Avaliadora

Prof. Walter Massa Ramalho
Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e à Nossa Senhora por todo cuidado e amparo durante toda minha vida, ter fé é a maior motivação é o que me ajuda a nunca desistir.

Agradeço eu meu orientador, Everton Nunes Da Silva, por toda sua ajuda; o senhor é uma das pessoas mais elegantes que já conheci. Gratidão por despertar em mim uma vontade imensa de saber mais e mais a cada momento.

Gratidão pela minha família. Faltam palavras para poder expressar o que realmente cada um de vocês significa pra mim, eu amo muito vocês. Mãe, Vó, Dindinha e minha maninha Thalita sem a ajuda de vocês eu nunca teria conseguido chegar a lugar algum. Obrigada por me amarem incondicionalmente, obrigada por acreditarem em mim e, principalmente, por rezarem para que tudo desse certo. Padrinho, tia Ceíça, Nega e Thales, vocês são também a base de tudo, sem ajuda de vocês e todo amor nada seria possível. Arthur e Victor, meus meninos mais amados, obrigada por terem estado ao meu lado principalmente nos momentos de desespero e medo. Eu amo muito vocês.

A família Pemente. Vocês são os maiores incentivadores dos meus projetos. Todo meu amor e gratidão.

Minha família Rodrigues da Silva, obrigada por todo amor, todo cuidado, todo zelo. Ter vocês na minha vida é um presente que nunca terei como agradecer, por toda minha vida eu vou amar vocês.

Aos meus amigos da época da escola. Sem vocês nada teria a mesma graça. Obrigada pelo apoio e por me mostrarem que tudo é possível se a gente acreditar.

Nielza, Valneir, Kath e Rapha, vocês estão comigo desde que nasci, são minha família, minha base em diversos momentos, obrigada por todo amor e por todos os ensinamentos, eu amo muito vocês.

A família Quirino eu só posso dizer muito obrigada por me acolherem de uma forma tão especial. Agradeço a todos vocês que já me ajudaram ficando com o Arthur; nem que fossem por uma tarde, as Tias Margaridas, eu só posso dizer que sem vocês nada seria possível, gratidão eterna.

Tia Leila e Fernandinha, obrigada por me acolherem na casa de vocês e cuidarem de mim, gratidão por todas as sonecas nos intervalos das aulas, almoço, lanches e muito amor.

Juliana Rodrigues, gratidão por sempre me mandar mensagem perguntando como eu estava e se eu precisava de ajuda, pessoas como você fazem toda diferença nesse mundo, obrigada por torcer por mim, eu amo muito você.

RESUMO

A taxa de mortalidade infantil (TMI) é uma ferramenta importante para gestão, serve de parâmetro para o mundo todo, pois a partir dela inferem-se outras informações de saúde pública. Este trabalho teve como objetivo analisar se existe alguma relação direta entre os gastos per capita, porte populacional e Índice de Desenvolvimento dos municípios (IFDM) no período de 2010 a 2014. Foi criado um banco de dados com quatro variáveis que estão disponíveis no site do SIOPS, gastos per capita e porte populacional, no TABNET-DATASUS foi extraído os dados de mortalidade infantil e nascidos vivos e a partir deles foram calculados a TMI. Conclui-se que o IFDM tem relação direta com os gastos e taxa de mortalidade, quanto ao porte populacional existem variações quanto aos gastos o que ressalta de que forma os gestores gastam seus recursos.

Palavras chaves: Gastos per capita, Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal de e Mortalidade Infantil.

ABSTRACT

The infant mortality rate is an important management tool that serves as a parameter for the whole world, since other public health information can be inferred from it. The objective of this study was to analyze whether there is any direct relationship between expenditures per capita, population size and Municipal Development Index between 2010 and 2014. A database was created with four variables that are available on the SIOPS website; per capita expenditure and population size, in the TABNET-DATASUS data were extracted from infant and live births and from them were calculated at the infant mortality rate. It is concluded that the Municipal Development Index has a direct relation with the expenditures and mortality rate, as far as the population size there are variations in the expenses, which highlights how the managers spend their resources.

Key words: Expenditures per capita, Development Index and Infant Mortality.

LISTA DE SIGLAS

ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
APS	Atenção Básica
ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
CF	Constituição Federal
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EC	Emenda Complementar
ESF	Estratégia Saúde Da Família
FIRJAN	Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro
IFDM	Índice FIRJAN de Desenvolvimento dos Municípios
LC	Lei complementar
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
NOB	Norma Operacional Básica
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMB	Objetivo do Milênio no Brasil
OSS	Orçamento da Seguridade Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE FIGURAS

	Página
Figura 1- N° de óbitos segundo abrangência e ano.	25

LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 1. Porte Populacional de 2010 a 2014.	18
Tabela 2. Média dos gastos per capita 2010 a 2014.	29
Tabela 3. Média do IFDM 2010 a 2014	30
Tabela 4. Taxa de mortalidade 2010 a 2014.	31
Tabela 5. Quantidade de municípios de acordo com o IFDM 2010 a 2014.	32
Tabela 6. Gastos per capita conforme o IFDM 2010 a 2014.	32
Tabela 7. TMI baseado no IFDM nos anos de 2010 a 2014.	33

Sumário

1.INTRODUÇÃO	12
2.JUSTIFICATIVA	15
3.OBJETIVO GERAL.....	17
4.1 Financiamentos da Saúde	18
4.2 Importância da atenção básica	21
4.3 Mortalidade infantil	24
6. DISCUSSÃO E RESULTADOS.....	29
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
9. REFERÊNCIA	38

1.INTRODUÇÃO

De acordo com o Artigo 196 da Constituição Federal de 1988, ‘a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação’.

O desafio do financiamento tem se constituído numa preocupação permanente dos gestores e dos envolvidos diretamente com a construção do sistema de saúde, tornando-se tema constante em todas as discussões das instâncias gestoras. Garantir a universalidade com integralidade diante de um cenário de restrições orçamentárias e financeiras e alocar recursos de forma equânime em um país de tantas desigualdades sociais e regionais tem se transformado em um grande desafio para a gestão. (BRASIL, 2015)

O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) vem sendo modificado para se adequar as necessidades de cada município e dando cada vez mais autonomia sobre a utilização dos recursos destinados a ações e serviços de saúde. Os gastos em saúde ainda é um dos grandes problemas, a descentralização do financiamento trouxe grandes avanços para os municípios.

O subfinanciamento do SUS acontece desde sua criação, e esta situação se agrava em momentos de crise, pela não definição de uma fonte de financiamento adequada e sistemática, e por cortes drásticos que não poupam a saúde quando as contas ficam justas. Analisar o financiamento e o gasto do SUS nos municípios é uma forma de demonstrar a real situação do financiamento público na ponta, onde as coisas acontecem, e onde a população realmente sente a dificuldade de acessar os serviços públicos de saúde e, assim, expor as dificuldades, as diferenças e os modelos adotados, propondo soluções que possam contribuir para a consolidação do SUS. (SANTOS NETO et al, 2017)

A Atenção Básica (APS) tem como responsabilidade organizar o sistema e fazer com que o primeiro contato do usuário seja eficiente e eficaz para ambos. Além disso, tem como função a resolução dos serviços mais frequentes de saúde de acordo com a demanda de cada local; assim, é possível minimizar, organizar e estruturar os custos econômicos em todos os setores da saúde. APS é a porta de entrada principal do SUS,

deve oferecer ações de forma integral, pensando não somente no indivíduo, mas priorizando todo contexto que o mesmo está inserido (CONASS, 2015).

Mesmo com grandes mudanças e avanços da APS nos municípios brasileiros, ainda persistem desigualdades acentuadas em termos de mortalidade infantil em menores de um ano no Brasil. Além, em muitos casos, esses óbitos são por causas que poderiam ser evitadas, ou seja, não teriam acontecido caso houvesse a oferta de uma atenção básica de qualidade e em tempo oportuno.

A conferência de Alma-Ata definiu a APS como “cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação”. (BRASIL, 2015) (STARFIELD, 2002).

Apesar dos grandes avanços, existem municípios onde não se alcançou o previsto nos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (OMB). Apesar de todos os avanços, ainda é preciso superar grandes desafios para garantir os direitos das crianças à vida. O maior desses desafios é a pobreza. De fato, enfrentar as desigualdades na saúde é desafio de todas as autoridades competentes, vista que este problema persiste em todas as regiões do planeta. (JUCÁ, 2005).

Os gastos em saúde ainda são um grande obstáculo para obter uma melhora expressiva nos indicadores. As crianças pobres continuam morrendo mais que as ricas. Elas estão mais expostas a doenças simples como a diarreia e tem menor cobertura de intervenções preventivas, maior probabilidade de adoecer, menor resistência às doenças, menor acesso aos serviços de saúde, menor qualidade da atenção recebida e menor acesso aos serviços de média e alta complexidade. (VICTORA, 2004)

A taxa de mortalidade infantil é um indicador que mede o número de mortes de crianças de até um ano de idade em um determinado ano por 1.000 nascidos vivos do mesmo ano. É considerado um indicador muito importante, pois a partir dele inferem-se informações referentes a outros problemas de saúde pública (OLIVEIRA, MENDES, 1999). Cabe ressaltar que a mortalidade infantil faz parte de um padrão que mede a qualidade da saúde e o desenvolvimento econômico de um País.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), com a melhora nos serviços de APS é possível identificar a melhora de indicadores de saúde e aumento da eficiência dos gastos. (RELATÓRIO MUNDIAL).

Um dos grandes desafios é analisar a competência dos gestores e concluir de que forma está sendo feito o seu trabalho. As consequências de suas decisões implicam diretamente na saúde de todos os usuários daquele determinado município e na qualidade dos serviços e ações que estão sendo oferecidos.

2.JUSTIFICATIVA

O financiamento do SUS sempre será pauta para diversas discussões, surgem diversos questionamentos sobre os gastos em saúde. Atualmente, o Brasil parou para pensar na qualidade dos seus gastos e muitos levantam o questionamento se o investimento em saúde é baixo e além disto a forma como é aplicado pelos gestores.

A gestão dos municípios tem ganhado força cada vez mais e lutando para uma descentralização ainda mais efetiva, temos bons resultados em diversos locais, porem temos resultados ruins e péssimos na maioria das vezes. Existe uma dificuldade muito grande em encontrar artigos voltados aos gastos per capita dos municípios, este foi escolhido para que se possa ter um panorama sobre a taxa de mortalidade infantil e com as análises concluir ou não se existe alguma relação.

A Taxa de mortalidade infantil é um importante indicador estudado pela saúde coletiva e usado internacionalmente, pois retrata as informações sobre desenvolvimento socioeconômico dos países de forma precisa e de acordo com as especificidades de cada cidade avaliada, infere-se também a qualidade do sistema de saúde. A TMI elevada reflete, de modo geral, a precariedade dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico e, quando reduzida, pode também encobrir má condição de vida em grupos específicos (RIPSA, 2002). No Brasil, a TMI tem apresentado uma redução ao longo dos últimos anos, mas esse progresso se dá em ritmos e intensidades diferentes em cada região.

As desigualdades sociais são hoje fatores determinantes nas formas de adoecer e morrer numa sociedade. As crianças pobres continuam morrendo mais que as ricas. Por isso, pesquisas epidemiológicas precisam considerar os determinantes sociais, políticos e econômicos para intervir adequadamente no processo saúde-doença. (VICTORA, 2004)

É importante investigar o perfil dos municípios com diferentes resultados na TMI. Para isto, foi selecionado três variáveis porte populacional, gastos per capita em saúde e o IFDM. Desta forma, é possível analisar se estas variáveis estão relacionadas com a TMI, possibilitando definir diferentes perfis dos municípios brasileiros.

O perfil da TMI analisado em conjunto com outras variáveis como Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e os gastos per capita em saúde nos municípios

brasileiros resulta em uma importante análise na qual permite uma importante associação para entender o motivo de realidades tão distintas e desigualdades no perfil epidemiológicos dos diversos grupos presentes no Brasil.

Este estudo traz a relevância de se obter informações com base nos dados disponibilizados pelos sistemas de informação sobre as situações de saúde e socioeconômicas, essas informações dão suporte a tomada de decisões baseadas em evidência dos gestores, permitindo a escolha de investimentos em saúde pública de acordo com o perfil de cada região, respeitando o princípio de equidade do SUS.

3.OBJETIVO GERAL

Analisar a relação entre taxa de mortalidade infantil, porte populacional, gasto per capita na saúde e Índice de Desenvolvimento Humano nos municípios brasileiros no período 2010-2014.

3.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar se o gasto per capita na saúde acima da média nacional está relacionado com menor taxa de mortalidade infantil.
- Identificar se o porte populacional está relacionado com menor taxa de mortalidade infantil.
- Identificar se os municípios com maior IDH estão relacionados com menor taxa de mortalidade infantil.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Financiamentos da Saúde

Em 1988, na Constituição Federal, foram criados os fundamentos do SUS, garantindo saúde como direito de todos e dever do estado oferecer de forma universal o acesso respeitando as diretrizes. O direito a saúde é garantido por meio de políticas públicas que tenham como objetivo a redução de doenças e seus agravos. Desta forma, cabem à União, aos estados e aos municípios, de forma descentralizada, ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. As três esferas do governo, ficam responsáveis por gerar as receitas e fazer o planejamento para a execução desse recurso. De acordo com a Constituição, a participação da União no SUS seria feita com recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS), dos quais viriam os recursos para a Saúde, Previdência e Assistência Social.

A CF/1988, ao criar a seguridade social, estabeleceu que a saúde devesse ser financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, e de contribuições sociais. No governo federal, esses recursos seriam repartidos entre a previdência, à assistência social e a saúde e, no caso desta última, previu-se, conforme consta do Artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), uma vinculação de 30% dos recursos do orçamento da seguridade social (OSS), excluindo o seguro-desemprego. Esta disposição teria validade até que fosse aprovada a primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), que deveria definir a cada ano qual o percentual a ser destinado à saúde. (IPEA, 2013).

Até 1988, o Ministério da Saúde participava com menos de 20% dos recursos federais destinados ao financiamento da saúde no país (BRASIL, 2011). A maior parte dos recursos era proveniente da seguridade social – mais de 80% estavam vinculados ao INAMPS/Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Além disso, em torno de 70% dos recursos públicos estavam centralizados no governo federal. (IPEA,2013).

Desde sua criação, o SUS sofre dificuldades com o financiamento, criado durante um período econômico bastante instável, sempre disputava seus recursos com outras áreas sociais e previdência, ao ponto de não ser cumprido o percentual de 30% dos recursos da seguridade social indicados na Constituição. Diante destes impasses, o governo passa a buscar novas medidas que garantissem os recursos. Com o objetivo de aumentar os recursos em saúde e regularizar os repasses foi criada a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) em 1996, sendo o valor arrecadado repassado para o

Fundo Nacional de Saúde. O papel da CPMF, na verdade, foi garantir os recursos que a seguridade social não conseguiu garantir, havendo uma substituição de repasses e não um novo aporte de recurso para a saúde. A CPMF foi extinta em 2007.

A necessidade de estabilização dos gastos em saúde e garantia de ações e investimentos é uma das maiores dificuldades do País, a necessidade de novos recursos destinados à saúde se faz cada vez mais necessário. A Emenda Constitucional (EC) 29, criada em 2000, foi um grande avanço para resolução de muito desses problemas do financiamento. Determinou-se a vinculação dos recursos para ações e serviços de saúde para cada esfera do governo, União, Estados, Municípios e Distrito Federal. A partir desses momentos, as três esferas do governo passam por um verdadeiro processo de descentralização o que garantiu uma maior autonomia principalmente para os Estados e Municípios. Estabeleceu que cada um deles devesse ter um valor mínimo a ser aplicado obrigatoriamente nos serviços e ações de saúde.

O parágrafo 3º passou a prever a possibilidade de os percentuais mínimos serem reavaliados, em Lei Complementar, pelo menos a cada cinco anos, a contar da data da promulgação da Emenda. Da mesma forma, o artigo 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) estabeleceu os percentuais mínimos naquela ocasião. (CAMPELLI; CALVO, 2007)

Segundo seu texto, no primeiro ano de vigência, os estados e municípios deveriam alocar, ao menos, 7% das receitas de impostos e transferências constitucionais, sendo que esse percentual precisaria crescer anualmente até atingir, aos estados, 12% em 2004 e, aos municípios, 15%. À União, definia, para o primeiro ano, o aporte de, ao menos, 5% em relação ao orçamento empenhado do período anterior; para os seguintes, o valor apurado no ano anterior seria corrigido pela variação do PIB nominal. (MARQUES et al., 2012).

Começou a vigorar em 2000, quando a União ainda respondia por quase 60% do recurso público total aplicado em saúde. Desde então, sua participação foi decrescendo, ficando em torno de 44% em 2011, apesar de terem sido observados incrementos reais no montante destinado à saúde. Nesse mesmo período, a participação dos estados passou de 18,5% para 25,7%, enquanto a dos municípios foi de 21,7% para 29,6%, de acordo com os dados do Sistema de Informações e Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS). (IPEA 2013).

Mesmo com os avanços conquistados com a EC29, o financiamento do SUS passa por dificuldades, alguns estados e municípios investiram menos do que o estabelecido.

Outro problema foi que a definição dos gastos em saúde ainda é muito ampla o que leva os gestores gastarem com outras ações e serviços fora do escopo da saúde.

Em janeiro de 2012, após 12 anos, é regulamentada a Emenda Constitucional 29 através da Lei Complementar nº 141 que tinha como objetivo reorganizar e estabilizar o financiamento dos recursos destinados ao setor saúde que são provenientes das receitas da União, estados e municípios.

Art. 1^ª Esta Lei Complementar institui nos termos do § 3^º do art. 198 da Constituição Federal: I - o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde; II - percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios em ações e serviços públicos de saúde; III - critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados aos seus respectivos Municípios, visando à progressiva redução das disparidades regionais; IV - normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

Com a LC nº 141/2012, fica estabelecido o que pode ser considerado despesas com saúde. Os gastos com ações e serviços públicos de saúde devem ser voltados para promoção, proteção e recuperação da saúde de acordo aos princípios do SUS.

Os recursos da União serão repassados para os Estados, municípios e Distrito Federal através do Fundo Nacional de Saúde, a definição dos fundos de saúde pode ser considerada a regulamentação mais importante, com autonomia e uma maior descentralização das ações os gestores passam a ter mais responsabilidades com os gastos em saúde. O valor mínimo estabelecido para União à apuração do ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB), 12% para os Estados e Distrito Federal, da arrecadação de impostos e das transferências constitucionais, para os Municípios o valor mínimo corresponde a transferidas aos municípios; no caso destes, os recursos mínimos corresponderiam a 15% da arrecadação de impostos e dos recursos de transferências constitucionais.

Em 2015 a EC 86, “altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária”.

Art. 2º O disposto no inciso I do § 2º do art. 198 da Constituição Federal será cumprido progressivamente, garantidos, no mínimo:

I - 13,2% (treze inteiros e dois décimos por cento) da receita corrente líquida no primeiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional; II - 13,7% (treze inteiros e sete décimos por cento) da receita corrente líquida no segundo exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional; III - 14,1% (quatorze inteiros e um décimo por cento) da receita corrente líquida no terceiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional; IV - 14,5% (quatorze inteiros e cinco décimos por cento) da receita corrente líquida no quarto exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional; V - 15% (quinze por cento) da receita corrente líquida no quinto exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional.

Buscava-se, inicialmente, a vinculação de 10% da receita corrente bruta da União; no entanto, foi aprovado um escalonamento de até 15% da receita corrente líquida (o que seria atingido em 2020) na EC86/15, o que foi interpretado pelo Movimento Saúde + 10 com uma perda substancial para a saúde pública.

Além disso, em 2016, foi aprovada a EC95, pela qual se estabeleceu o teto dos gastos do governo federal. Nessa direção, não haverá crescimento dos gastos públicos por 20 anos, apenas a correção monetária de um ano para outro.

4.2 Importância da atenção básica

A atenção primária tem o papel de organizar os serviços de saúde, priorizando um contato descentralizado e cada vez mais acessível, obedecendo aos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, integralidade, continuidade do cuidado, equidade e capacitação dos usuários para uma participação ativa. Por ser o principal acesso dos usuários, deve promover ações que integre cada vez mais os usuários e com o objetivo de promoção da saúde, prevenção de doenças, encaminhamento para outros serviços de acordo com as necessidades apresentadas e principalmente redução de danos previsíveis (PNAB, 2012).

As Normas Operacionais Básicas (NOB) têm como objetivo definir estratégias e ações que oriente a operacionalização do SUS, além de definirem as competências das três esferas do governo e as condições necessárias para que os Estados e Municípios possam ter mais autonomia e responsabilidades com os gastos em ações e serviços de saúde. A NOB 96 “tem por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes (Artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32, Parágrafo 1º, da

Constituição Federal), com a consequente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS”.

Busca-se, dessa forma, a plena responsabilidade do poder público municipal. Assim, esse poder se responsabiliza como também pode ser responsabilizado, ainda que não isoladamente. Os poderes público, estadual e federal são sempre corresponsáveis, na respectiva competência ou na ausência da função municipal (inciso II do Artigo 23, da Constituição Federal). Essa responsabilidade, no entanto, não exclui o papel da família, da comunidade e dos próprios indivíduos, na promoção, proteção e recuperação da saúde. (BRASIL, 1997).

É necessário que os gestores tenham conhecimento das reais necessidades do seu município para que se tenha um planejamento com ações que atenda as reais necessidades daquela determinada população, obedecendo ao princípio da equidade, garantindo um acesso universal com a garantia da continuidade do cuidado, acessibilidade, e consequentemente uma maior resolução dos casos e garantindo os direitos dos usuários de forma que eles se sintam vinculados a partir de ações que promovam o autoconhecimento e autonomia.

Em 1999, foi criado o Programa Saúde da Família, que atualmente é conhecido como estratégia saúde da família (ESF). O principal objetivo era uma organização de todos os níveis de atenção e principalmente melhorar a qualidade da APS. Segundo a Organização Mundial da Saúde, com a melhora nos serviços de APS é possível identificar a melhora de indicadores de saúde e aumento da eficiência dos gastos (OMS, 2006).

Em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica- PNAB, a qual tem como objetivo principal a organização da atenção primária baseada pelos valores éticos do profissionalismo e nos princípios e diretrizes do SUS, além de definir as responsabilidades de cada esfera de governo, padronizar a infraestrutura e recursos para os serviços e ações de saúde voltadas principalmente para o desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família- ESF.

É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios

bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (BRASIL, 2006)

A ESF é a principal estratégia para consolidação da Atenção Básica no Brasil, tendo como fundamento possibilitar um acesso universal e contínuo de qualidade, respeitando a integralidade de cada local e desenvolver relações de vínculo com os usuários. Cabe aos municípios e ao Distrito Federal a organização dos sistemas e serviços de saúde respeitando as necessidades de cada local e de acordo com os princípios da Atenção Básica.

Uma das funções do Ministério da Saúde é garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento do Piso da Atenção Básica – PAB fixo e variável. O Piso da Atenção Básica (PAB) constitui-se no componente federal para o financiamento da Atenção Básica, sendo composto de uma fração fixa e outra variável. O somatório das partes fixa e variável do Piso da Atenção Básica (PAB) comporá o Teto Financeiro do Bloco A B conforme estabelecido nas diretrizes dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Os recursos do Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica deverão ser utilizados para financiamento das ações de Atenção Básica descritas nos Planos de Saúde do município e do Distrito Federal. (BRASIL, 2006)

O PAB consiste em recursos financeiros federais destinados a ações de Atenção Básica, o qual é composto por uma parte fixa (PAB fixo) que será calculado pela multiplicação de um valor per capita fixado pelo Ministério da Saúde pela população de cada município e do Distrito Federal e seu valor será publicado em portaria específica. A outra parte é uma parte variável (PAB variável), que consiste em um montante de recursos financeiros destinados a estimular a implantação das seguintes estratégias nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde: Saúde da Família – SF; Agentes Comunitários de Saúde – ACS; Saúde Bucal – SB; Compensação de Especificidades Regionais; Saúde Indígena – SI; e Saúde no Sistema Penitenciário.

A PNAB 2012 mudou o financiamento federal para a Atenção Básica, passando a combinar equidade e qualidade. O PAB fixo permite aos gestores trabalhar com ações que valorize a equidade e estimula ações que alcance cada vez mais um padrão de qualidade, a criação deste indicador de qualidade (PMAQ) trouxe grandes trabalhos nas equipes de ESF com ações mais resolutivas e cada vez mais voltadas à realidade do local, facilitando a gestão na coordenação do cuidado e tendo uma Atenção Básica mais

acolhedora, um grande exemplo destas ações é a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

As Redes de Atenção ao cuidado à Saúde é a nova estratégia para organização dos serviços e ações estruturadas e mais voltadas às necessidades da população, a RAS traz um novo olhar para AB fortalecendo ainda mais a Atenção Básica que tem o papel de conectar o usuário a todo sistema, para isso ela precisa ser descentralizada e alcançar o maior número de usuários de forma resolutiva.

O financiamento da atenção básica deve ser tripartite. No âmbito federal, o montante de recursos financeiros destinados à viabilização de ações de atenção básica à saúde compõe o Bloco de Financiamento de Atenção Básica (Bloco AB) e parte do Bloco de Financiamento de Investimento. (BRASIL, 2012)

4.3 Mortalidade infantil

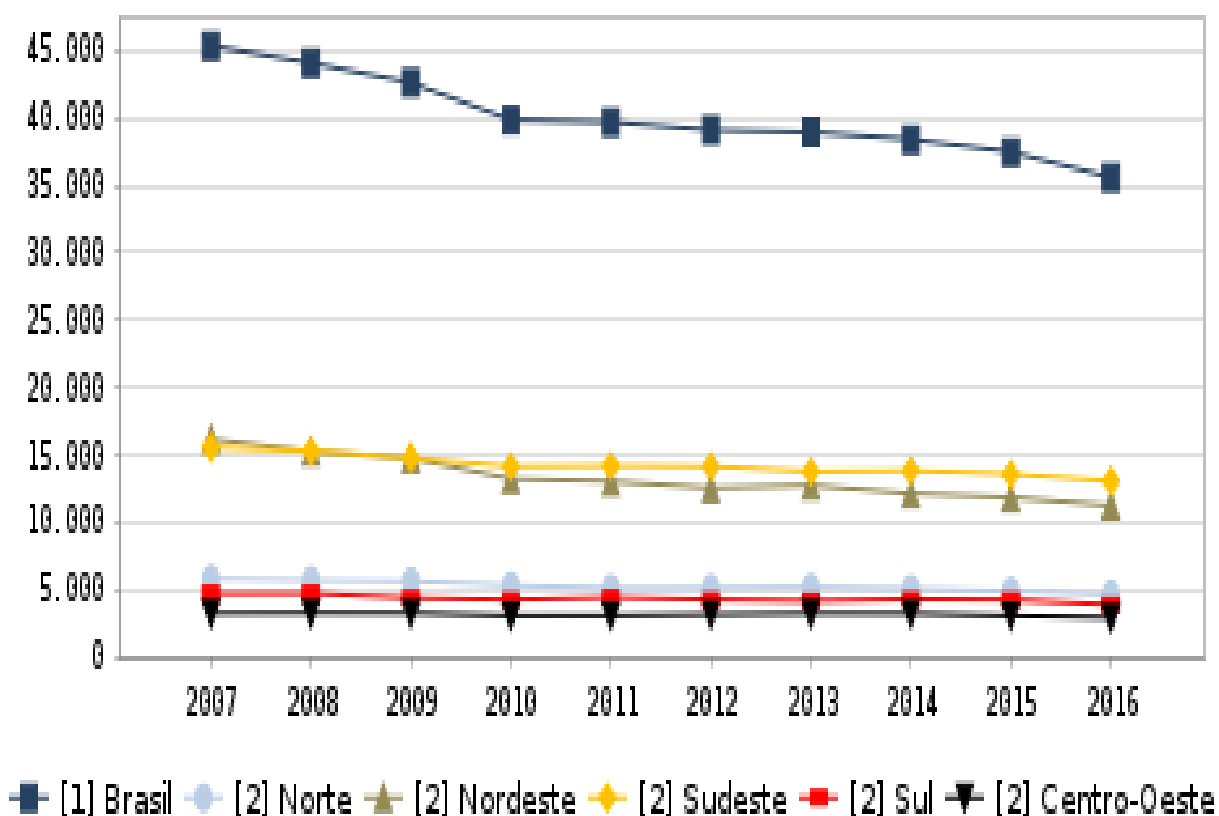
Nas últimas décadas, um dos principais objetivos do Brasil é a redução dos óbitos entre os menores de um ano de idade. O indicador de mortalidade infantil é considerado o que melhor retrata o estágio de desenvolvimento econômico e social de um país ou região, justamente por possuir relação direta com características socioeconômicas, as situações de saúde de uma população. A morte de uma criança no seu primeiro ano de vida é considerada um grande problema de saúde pública, por isso o Brasil vem adotando medidas de políticas públicas voltadas principalmente para APS, pois se acredita que irá influenciar diretamente nas condições de saúde da população. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a taxa de mortalidade infantil permite analisar a disponibilidade, a utilização e a eficácia dos cuidados de saúde, em especial da atenção ao pré-natal, ao parto, ao recém-nascido e à criança no primeiro ano de vida.

As principais causas de morte são as doenças perinatais, prematuridade da gestação, ineficiência do pré-natal, doenças relacionadas à infância e problemas cardiovasculares e respiratórios; a tríade diarreia, pneumonia e desnutrição representou a principal causa evitável. (VANDERLEI; NAVARRETE, 2012)

Os indicadores epidemiológicos dos problemas relacionados à saúde, a exemplo da mortalidade infantil, são instrumentos indispensáveis para definir as prioridades nas políticas públicas, planejar ações e serviços, monitorar a situação de saúde e avaliar o desempenho do sistema de saúde. (FRIAS; et. al, 2011)

Como se observa na **Figura 1**, A taxa de mortalidade vem sofrendo um grande declínio em parâmetro nacional.

Figura 1- N° de óbitos segundo abrangência e ano.



Fonte: SIM - Maio de 2017

No Brasil, houve uma importante redução na mortalidade infantil ao longo dos últimos anos, entretanto as desigualdades regionais e as iniquidades relacionadas a grupos sociais considerados vulneráveis constituem grandes desafios.

A implementação de políticas públicas voltadas à atenção básica no Brasil pode ter contribuído para a redução dos óbitos em crianças menores de um ano. (CECCON; et al, 2014) Desde 1990, o Brasil vem apresentando redução das taxas de mortalidade infantil, principalmente nos últimos anos, em que houve maior desenvolvimento

socioeconômico, diminuição das desigualdades sociais e maior acesso aos serviços de saúde, em especial à ESF. (FERRARI;BERTOLOZZI,2012)

A maioria dos atores institucionais relaciona a persistência dos óbitos às barreiras devidas à inadequada implantação do modelo de atenção do SUS, em que se incluem as políticas direcionadas à saúde infantil. (VANDERLEI; NAVARRETE, 2013)

A redução da mortalidade infantil nas últimas décadas decorreu de melhorias das condições de vida e medidas implantadas por políticas públicas e ações setoriais e extras setoriais (PIZZO; et al, 2014)

Desde 2000, o Brasil adotou muitas estratégias para alcançar o objetivo de redução da TMI, os programas sociais são fundamentais para garantir o mínimo de condições aos usuários, principalmente aqueles que têm maiores dificuldades. Por isso o processo de gestão, planejamento e estratégia desses programas são de extrema importância na agenda dos gestores, pois não adianta ter o dinheiro para esses programas sociais e o mesmo não derem prioridade as questões determinantes daquela população. É necessário um gestor está sempre pensando em custo- efetividade das intervenções, para que desta forma se alcancem os resultados esperados.

5.METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com base em dados secundários dos municípios brasileiros no período de 2010-2014. O trabalho iniciou-se com a construção de um banco de dados contendo informações de diferentes sistemas de informação. Para isso, foram considerados os 5.665 municípios do Brasil, nos anos de 2010 a 2014. O banco de dados foi construído a partir de quatro variáveis, gastos per capita na saúde, porte populacional, índice FIRJAN de desenvolvimento municipal (IFDM) e taxa de mortalidade infantil (TMI).

As informações sobre os gastos per capita aplicados na saúde foram obtidos por meio do Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Na opção indicador, foi selecionado município, série histórica de indicadores; na linha, foi colocado ‘Munic.-BR’; na coluna, ‘faixa POP’ e conteúdo ‘2.1 D. Total Saúde/HAB’.

O SIOPS é uma importante ferramenta de gestão e monitoramento dos gastos, pois faz a coleta de dados sobre as receitas totais e despesas em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) em todas as esferas de governo. Cabem aos entes federados alimentar obrigatoriamente as informações de acordo com a LC nº 141/2012. “O SIOPS gera automaticamente um conjunto de indicadores que relacionam valores da receita total e da despesa com ações e serviços públicos de saúde dos entes da Federação.”

A faixa POP divide os municípios de acordo com o número de seus habitantes, os quais foram categorizados em oito grupos, conforme apresentado na tabela 1.

Tabela 1. Divisão do porte populacional

IDENTIFICAÇÃO	PORTE POPULACIONAL
1	Até 5.000 hab
2	De 5.001 a 10.000 hab
4	De 10.001 a 20.000 hab
4	De 20.001 a 50.000 hab
5	De 50.001 a 100.000 hab

6	De 100.001 a 200.000 hab
7	De 200.001 a 400.000 hab
8	Acima de 400.000 hab

“O IFDM – Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal – é um estudo do Sistema FIRJAN que acompanha anualmente o desenvolvimento socioeconômico de todos os municípios brasileiros em três áreas de atuação: Emprego & renda, Educação e Saúde.” Foi escolhido para utilização do trabalho o índice Geral que mede todas as áreas de atuação juntas.

A taxa de mortalidade foi calculada com base nos dados de Nascidos vivos e mortalidade infantil, ambos são disponibilizados pelo site do tabnet- DATASUS, na opção de estatísticas vitais. Foram selecionados Nascidos vivos – 1994 a 2015, na linha: ‘Município’, coluna: ‘não ativa’ e conteúdo: ‘Nascim p/resid.mãe.’. Mortalidade - 1996 a 2015, pela CID-10: Óbitos Infantis, na linha: ‘Município’, coluna: ‘Faixa etária 1’ que corresponde de 0 a 364 dias, Conteúdo: óbitos p/ residência.

Calculo da TMI:

Número de óbitos de residentes com menos de um ano de idade

_____ X 1000

Número total de nascidos vivos de mães residentes

Após a coleta de todos os dados foi feito uma tabela contendo todos os municípios que possuíam respectivamente todas essas informações. Foi usado no Excel a fórmula PROCV para garantir que todos os dados eram realmente referentes ao município correto.

Após filtrar os dados, os municípios ignorados e aqueles que não continham alguma das informações necessárias foram excluídos da tabela que continha a base dos dados,

devido a isto foram perdidos uma grande quantidade de municípios, pois não tinham todas as informações disponíveis no site do SIOPS, TABNET- DATASUS E IFDM, esta mesma tabela foi utilizada como base para o cálculo de todas as médias para que pudesse fazer a análise dos dados.

6. DISCUSSÃO E RESULTADOS

O porte Populacional de um município define algumas de suas características quanto aos serviços de saúde que são ofertados, por isso é importante à descentralização, pois cabe ao gestor definir suas necessidades, o número de equipes dos programas de saúde e sua composição depende da quantidade de habitantes de cada local. A maioria dos municípios brasileiros tem porte populacional 3 (de 10.001 a 20.000 habitantes) e 4 (de 20.001 a 50.000 habitantes), aqueles identificados de 6 ao 8 (acima de 100.000 habitantes) correspondem a menos de 30%.

Tabela 1. Porte Populacional de 2010 a 2014.

Porte Populacional	Número de municípios				
	2010	2011	2012	2013	2014
Brasil	4.262	4.271	4.097	3.326	3.133
1 < 5000 Hab	469	715	705	650	183
2 De 5.001 a 10.000 hab	909	857	817	690	497
3 De 10.001 a 20.000 hab	1.251	1.190	1.123	888	977
4 De 20.001 a 50.000 hab	1.042	965	923	707	924
5 De 50.001 a 100.000 hab	317	287	277	208	303
6 De 100.001 a 200.000 hab	140	140	134	93	133
7 De 200.001 a 400.000 hab	83	40	74	57	68
8 > 400.001	51	47	44	33	48

Fonte: SIOPS.

O gasto per capita em saúde corresponde aos investimentos da União, Estado e Município. De 2010 a 2014, houve um aumento significativo em termos nominais (sem

considerar o efeito da inflação): em 2010, era de R\$ 352,39 e, em 2014, foi R\$ 638,11. Os gastos têm variações de acordo com o porte populacional. O problema do Brasil, se assim pode ser chamado, é que o gasto público é muito baixo para o país ter, efetivamente, um sistema de cobertura universal e atendimento integral. (PIOLA, SF., et al. 2012). A média do Brasil teve um constante crescimento em seus investimentos na saúde, exceto no ano de 2013 que apresentou um gasto menor quando comparado ao ano anterior. Em 2014, o gasto per capita foi de R\$ 638,11, aumentando R\$ 285,72 em relação a 2010. Todos os municípios passaram a gastar mais, aqueles considerados de porte 1 (até 5000 habitantes) e 2 (de 5.001 a 10.000 habitantes) merecem destaque por apresentar um gasto acima da média do Brasil; bem como os de porte 7 (de 200.001 a 400.000 habitantes) e 8 (a partir de 400.001) também gastam acima da média. Os menores gastos em todos os anos são dos municípios de porte 3 (de 10.001 a 20.000) a 6 (de 100.001 a 200.000 habitantes).

Tabela 2. Média dos gastos per capita 2010 a 2014.

Porte Populacional	Gasto per capita [DP]				
	2010	2011	2012	2013	2014
Brasil	R\$ 352,39 [148,13]	R\$ 403,98 [167,63]	R\$ 539,98 [204,39]	R\$ 495,94 [224,54]	R\$ 638,11 [213,28]
1 < 5000 Hab	R\$ 514,1 [165,1]	R\$ 481,82 [182,99]	R\$ 560,77 [201,17]	R\$ 547,48 [239,13]	R\$ 829,7 [250,57]
2 De 5.001 a 10.000 hab	R\$ 359,38 [116,02]	R\$ 417,94 [146,71]	R\$ 545,23 [201,95]	R\$ 501,31 [191,08]	R\$ 651,69 [168,54]
3 De 10.001 a 20.000 hab	R\$ 321,96 [120,47]	R\$ 378,42 [150,45]	R\$ 517,16 [196,39]	R\$ 468,24 [191,28]	R\$ 533,43 [226,17]
4 De 20.001 a 50.000 hab	R\$ 310,82 [134,24]	R\$ 368,79 [164,21]	R\$ 505,51 [256,68]	R\$ 473,67 [267,13]	R\$ 502,48 [240,65]
5 De 50.001 a 100.000 hab	R\$ 329,3 [162,32]	R\$ 371,8 [168,78]	R\$ 433,35 [213,66]	R\$ 476,58 [224,44]	R\$ 529,5 [261,14]
6 De 100.001 a 200.000 hab	R\$ 361,35 [172,05]	R\$ 399,61 [175,78]	R\$ 472,96 [195,14]	R\$ 518,16 [237,07]	R\$ 583,59 [264,44]
7 De 200.001 a 400.000 hab	R\$ 359,27 [154,73]	R\$ 454,85 [210,04]	R\$ 527,33 [249,62]	R\$ 545,07 [207,58]	R\$ 665,49 [348,06]
8 > 400.001	R\$ 441,28 [161,73]	R\$ 472,72 [206,1]	R\$ 541,21 [242,7]	R\$ 565,18 [203,62]	R\$ 696,51 [257,93]

Fonte: DATASUS

Para calcular o IFDM geral, são consideradas as informações do IFDM emprego e renda; IFDM educação e IFDM saúde, segundo a metodologia FIRJAN. Essas três

dimensões que são a base do IFDM são consideradas o espelho dos municípios e proporciona que seja feito uma avaliação mais completa e dinâmica já que essas dimensões são as bases fundamentais para o desenvolvimento. É possível analisar de forma macro e aprofundar em situações específicas, levando em consideração que é necessário dar base para a população e como resultado disso é possível a criação de políticas públicas mais adequadas. O IFDM do Brasil também é uma importante ferramenta para se analisar como o País se apresenta de forma mundial e fazer comparações que traz panoramas de como estão as condições para população. Quando comparado o IFDM ao porte populacional é perceptível que existe uma diferença entre os municípios e apenas os de Porte populacional 6 (de 100.001 a 200.000 habitantes) ao 8 (acima de 400.001) se mantem acima da média do Brasil durante todos os anos.

Tabela 3. Média do IFDM 2010 a 2014.

Porte Populacional	IDH [DP]				
	2010	2011	2012	2013	2014
Brasil	0,61 [0,12]	0,62 [0,12]	0,72 [0,08]	0,64 [0,12]	0,72 [0,08]
1 < 5000 Hab	0,6 [0,09]	0,64 [0,11]	0,66 [0,1]	0,69 [0,1]	0,64 [0,08]
2 De 5.001 a 10.000 hab	0,58 [0,11]	0,61 [0,11]	0,69 [0,09]	0,64 [0,11]	0,68 [0,08]
3 De 10.001 a 20.000 hab	0,58 [0,12]	0,6 [0,12]	0,71 [0,09]	0,62 [0,12]	0,61 [0,11]
4 De 20.001 a 50.000 hab	0,6 [0,13]	0,61 [0,13]	0,71 [0,09]	0,61 [0,12]	0,63 [0,13]
5 De 50.001 a 100.000 hab	0,67 [0,13]	0,64 [0,13]	0,66 [0,12]	0,63 [0,11]	0,69 [0,13]
6 De 100.001 a 200.000 hab	0,74 [0,1]	0,7 [0,11]	0,75 [0,07]	0,66 [0,1]	0,75 [0,1]
7 De 200.001 a 400.000 hab	0,75 [0,08]	0,72 [0,1]	0,73 [0,1]	0,71 [0,11]	0,78 [0,06]
8 > 400.001	0,77 [0,08]	0,71 [0,09]	0,74 [0,08]	0,68 [0,09]	0,78 [0,07]

Fonte: FIRJAN

A TMI é uma grande ferramenta de gestão que mostra um panorama de diversos aspectos de saúde pública. Ao analisar os gastos per capita comparando com o porte populacional e IFDM pode se perceber que durante os anos de 2010 a 2014 houve um aumento dos gastos em todos os municípios e diminuição da TMI. A TMI do Brasil em 2010 foi de 18,78 passando de 18,64, em 2011, para 18,44, em 2012, e 16,6, em 2014.

Os municípios de 3 (de 10.001 a 20.000 habitantes) ao 6 (de 100.001 a 200.000 habitantes) tiveram durante todos os anos uma média abaixo do Brasil. Os municípios considerados de porte 1(até 5.000 habitantes) e 2 (de 5.001 a 10.001) em todos os anos analisados teve gastos acima da média, TMI elevada e IFDM abaixo da média quando comparado a média do Brasil, desta forma cabe ressaltar a maneira que se gasta o dinheiro destinado a saúde, pois nos últimos anos as estratégias de saúde são principalmente voltadas para eficiência, efetividade equidade nos gastos (RIBEIRO;PIOLA; SERVO,2007).

Tabela 4. Taxa de mortalidade 2010 a 2014.

Porte Populacional	Taxa de mortalidade [DP]				
	2010	2011	2012	2013	2014
Brasil	18,78 [17,28]	18,64 [12,64]	18,26 [14,88]	18,44 [12,55]	16,6 [12,19]
1 < 5000 Hab	24,69 [25,97]	24,35 [17,7]	25,09 [18,96]	19,75 [14,75]	20,77 [17,39]
2 De 5.001 a 10.000 hab	20,77 [11,93]	21,07 [14,66]	19,45 [11,59]	19,82 [13,05]	20,42 [13,46]
3 De 10.001 a 20.000 hab	16,29 [9,58]	17,19 [10,43]	15,41 [9,69]	17,78 [11,71]	15,39 [8,68]
4 De 20.001 a 50.000 hab	15,06 [7,41]	15,9 [8,56]	14,4 [8,08]	17,14 [10,25]	14,07 [6,75]
5 De 50.001 a 100.000 hab	14,09 [4,99]	15,19 [6,39]	16,12 [11,37]	18,08 [13,17]	13,26 [4,26]
6 De 100.001 a 200.000 hab	13,53 [4,34]	15,63 [8,63]	14,69 [10,79]	17,07 [9,73]	12,49 [3,41]
7 De 200.001 a 400.000 hab	13,38 [3,73]	15,03 [9,1]	15,55 [10,39]	17,53 [15,56]	11,68 [2,67]
8 > 400.001	12,99 [2,68]	15,85 [8,08]	13,55 [6,44]	17,26 [14,48]	12,74 [2,79]

Fonte: DATASUS

O IFDM pode ser considerado uma importante ferramenta de gestão, pois está diretamente relacionado com os gastos dos municípios e reflete na sua taxa de mortalidade. Nem 10% dos municípios têm um IFDM muito alto, lembrando que este índice mede condições de emprego e renda, educação e saúde. Durante os anos de 2010 a 2014 houve uma diminuição na taxa de mortalidade infantil. Os municípios que gastam mais apresentaram um melhor IFDM e a TMI também apresenta variações, a maioria dos municípios Brasileiros são classificados como médio e muito baixo, quando

analisados pelo porte populacional nenhum município apresentou a classificação muito baixa, porém quando analisados segundo o IFDM todos os anos tiveram municípios com IFDM entre 0,4999- 0,00.

Tabela 5. Quantidade de municípios de acordo com o IFDM 2010 a 2014.

IDH	Número de municípios				
	2010	2011	2012	2013	2014
Brasil	4262	4271	4097	3326	3133
Muito alto: 0,8-1,0	264	289	352	277	286
Alto: 0,7- 0,7999	805	871	972	797	739
Médio: 0,6-0,6999	1156	1235	1203	944	874
Baixo: 0,5 - 0,5999	1095	1079	1000	838	784
Muito baixo: 0,00-0,4999	942	797	570	470	450

Fonte: FIRJAN

Tabela 6. Gastos per capita conforme o IFDM 2010 a 2014.

IDH	Gasto per capita [DP]				
	2010	2011	2012	2013	2014
Brasil	R\$ 352,39 [148,13]	R\$ 403,98 [167,63]	R\$ 539,98 [204,39]	R\$ 495,94 [224,54]	R\$ 638,11 [213,28]
Muito alto: 0,8-1,0	R\$ 456,64 [198,15]	R\$ 490,63 [190,11]	R\$ 576,46 [251,2]	R\$ 641,24 [234,52]	R\$ 742,18 [287,63]
Alto: 0,7- 0,7999	R\$ 402,81 [160,56]	R\$ 466,32 [211,5]	R\$ 544,78 [237,33]	R\$ 586,68 [270,46]	R\$ 657,62 [287,54]
Médio: 0,6-0,6999	R\$ 389,91 [163,33]	R\$ 422 [156,39]	R\$ 449,48 [172,54]	R\$ 503,16 [178,89]	R\$ 565,6 [206,73]
Baixo: 0,5 - 0,5999	R\$ 323,81 [108]	R\$ 373,9 [136,07]	R\$ 371,02 [129,84]	R\$ 435,24 [202,02]	R\$ 472,03 [145,21]

Muito baixo: 0,00-0,4999	R\$ 278,07 [82,2]	R\$ 317,46 [97,12]	R\$ 337,47 [91,08]	R\$ 350,14 [96,36]	R\$ 399,24 [121,36]
---------------------------------	----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	------------------------

Fonte: SIOPS

Os gastos per capita dos Municípios que apresentam classificação, muito alto e alto sempre estão acima da média do Brasil, aqueles considerados entre médio e baixo gastam na média ou abaixo da média, infere-se que as condições de IFDM influenciam nos gastos per capita. A diferença entre aqueles que gastam mais aos que gastam menos é muito alta, em 2014, por exemplo, o maior gasto foi de R\$ 742,18 e o menor gasto de R\$ 399, 24.

Tabela 7. TMI baseado no IFDM nos anos de 2010 a 2014.

IDH	Taxa de mortalidade [DP]				
	2010	2011	2012	2013	2014
Brasil	18,78 [17,28]	18,64 [12,64]	18,26 [14,88]	18,44 [12,55]	16,6 [12,19]
Muito alto: 0,8-1,0	11,67 [5,46]	11,92 [5,23]	12,21 [4,63]	12,07 [6,55]	11,23 [5,14]
Alto: 0,7- 0,7999	16,43 [26,56]	15,94 [10,61]	15,72 [9,99]	16,51 [12,8]	14,6 [8,24]
Médio: 0,6-0,6999	18,27 [20,16]	19,81 [14,41]	20,62 [15,1]	19,19 [12,83]	16,83 [10,26]
Baixo: 0,5 - 0,5999	20,1 [16,39]	20,44 [12,86]	22,01 [13,03]	20,3 [12,68]	18,19 [10,32]
Muito baixo: 0,00-0,4999	20,33 [12,87]	19,77 [12,08]	19,95 [11,82]	20,67 [12,36]	18,56 [12,02]

Fonte: Dados extraídos do Tabnet- DATASUS

O IFDM de cada município é fator determinante nos gastos per capita e na TMI, ao analisa-los comparando com o IFDM percebe-se que apenas aqueles que são considerados alto e muito alto têm TMI abaixo da média e gastos bem acima da média. Em todos os anos analisados a maioria dos municípios tem IFDM de médio a muito baixo. Todos os municípios de IFDM entre 1,0 e 0,7999 tiveram sua TMI abaixo da

média do Brasil e seus gastos acima da média. Cabe ressaltar que a quantidade de municípios com esse padrão é muito pouca, menos que 30%.

Os gestores de saúde ainda têm muita dificuldade de organizar e estruturar suas receitas, desta forma tem grandes disparidades de valores investidos na saúde de cada morador, quando comparamos os municípios, o que reflete diretamente na saúde daquele município e possivelmente causa algum impacto na organização da APS e no indicador de mortalidade infantil.

A principal limitação deste estudo foi à falta de informação de muitos municípios, principalmente nos anos de 2013 e 2014. O DATASUS é uma importante ferramenta para tomada de decisões, deve conter os indicadores de saúde de forma atualizada, pois traz informações relevantes e de grande importância.

A disponibilidade de bases de dados confiáveis é fundamental para a produção de informações úteis para a tomada de decisões do gestor com vistas à redução da mortalidade infantil. Análises acuradas do fenômeno podem contribuir para a identificação dos principais fatores associados/causais, sobre os quais poderá o gestor elaborar políticas públicas e aplicar os recursos disponíveis. (SÃO PAULO, 2014)

O IFDM considera a qualidade que o indivíduo está inserido e de que forma o governo está prestando os serviços básicos garantidos por lei, como saúde e educação. Assim pode se ver o perfil dos municípios de diversos aspectos e de forma detalhada, possibilitando um melhor planejamento, mais voltado às necessidades essenciais de cada município, uma análise do IFDM não se limita apenas em dados econômicos como o PIB por exemplo.

Apesar do decréscimo da TMI no Brasil, existem municípios com elevados números e situações em diferentes condições. A maior parte dos municípios brasileiros, não possui condições de prover todas as ações e serviços necessários à atenção integral de seus habitantes, seja por questão de escala insuficiente seja pela diferenciação dos recursos disponíveis (financeiros, materiais e humanos). (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

A descentralização é vista como principal ferramenta para que se tenha objetividade e bons resultados nos gastos, pois cada gestor pode definir a melhor forma de se gastar o dinheiro destinado à saúde. Para muitos dos programas de saúde, implementados de

modo descentralizado, a dependência para o bom resultado das decisões do gestor local tornou-se uma variável decisiva. A qualidade do desempenho do sistema de saúde brasileiro na atenção básica está diretamente associada ao processo decisório municipal e estadual. (COSTA; PINTO, 2002)

Os gestores precisam analisar a qualidade, eficiência e eficácia com o que está sendo utilizados os recursos destinados a saúde. Os gastos em saúde per capita são baixos, é necessário avaliar a efetividade, pois além de se gastar pouco geralmente se gasta de forma inadequada.

Os gastos per capita em saúde tiveram um aumento, comparando este aumento ao salário mínimo percebe-se que nunca foi gasto nem um salário com a saúde de cada habitante, em 2010, por exemplo, o gasto per capita de um município foi de R\$ 352,39 e o salário mínimo de R\$ 510, 17.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos importantes indicadores de saúde é a Taxa de mortalidade infantil, pois a partir dela é possível inferir dados como: condições de vida e da qualidade do sistema de saúde. A TMI tem apresentado uma redução ao longo dos anos, no Brasil, principalmente depois do Programa Saúde da Família, todavia ainda existe uma grande desigualdade números alarmantes quando a análise é feita a partir dos municípios

Apesar da diminuição da TMI no Brasil, ainda existem municípios que não possuem condições de prover todas as ações e serviços necessários à atenção integral de seus habitantes.

Quando é observado uma elevada Taxa de mortalidade infantil pode-se inferir pela precariedade de desenvolvimento socioeconômico e de níveis de saúde e o contrário, uma taxa reduzida, traz bons indicadores dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico.

O SUS foi criado em um momento de grandes mudanças no Brasil, ao definir os princípios e diretrizes esqueceram talvez de mensurar a importância dos gastos que deveriam ser disponibilizados, pois desde sua criação existe uma grande luta para que se cumpra com os gastos destinados de acordo com as leis criadas. Atualmente estamos com corte de recursos e perdendo diversos deles sem ao menos entender a justificativa.

A APS e a grandeza de suas políticas e programas que tem por objetivo melhorar não apenas o acesso do usuário e sim trazer qualidade de acordo com estabelecido na PNAB, uma proposta cheia de desafios, mas que vale a pena, pois os resultados são fundamentais para melhoria de questões vista como básicas, mas que reflete de forma muito significativa. Em diversos artigos a redução da mortalidade infantil está diretamente relacionada à execução dos programas que atenção básica deve cumprir.

Menos 30% dos municípios possuem IFDH acima da média e TMI abaixo da média do Brasil. Seria interessante que todos os gestores de saúde tivessem capacitação específica para isso, em diversas situações surge o questionamento se realmente o mais problema é a falta de dinheiro ou falta de analisar a qualidade dos gastos. Como visto no caso dos municípios de porte 1(até 5.000 habitantes) que possuem sempre gastos e TMI acima da média, o que vai em confronto com outros resultados que nos mostra claramente que ao ser gastar mais tem se melhores resultados na qualidade de vida dos usuários.

Outro fato que despertou curiosidade foi pensar se realmente gastasse mais ao longo dos anos ou estamos indo de acordo com a inflação e não evoluímos tanto assim. Uma boa gestão dos gastos per capita influencia diretamente na qualidade de vida das pessoas, a TMI, como mencionado anteriormente é o espelho de vários outros fatores que são determinantes para avaliar a qualidade de vida e também o trabalho que está sendo feito.

É necessário que o governo federal der um suporte mais qualificado sobre o papel de cada gestor, principalmente onde se gasta menos e a TMI está acima da média.

O SUS é um universo gigantesco que nos traz um leque de possibilidades para que se possa ter qualidade no serviço, precisasse de estratégias para que as metas sejam realizadas passo a passo prevalecendo à eficiência e eficácia dos gastos.

Como abordado anteriormente, o Brasil implementou estratégias para a redução da TMI, uma dessas estratégias é a estruturação de programas sociais que são de extrema importância para que se alcance o objetivo final, qual seja, a diminuição da TMI. Todavia, observa-se que, apesar de válidas, as estratégias adotadas não são suficientes para que tenhamos uma redução significativa da TMI. Além disso é notório que falta gestão e planejamento na utilização da verba destinada para tais programas.

Com isso, observa-se a dificuldade do Estado em conseguir garantir o direito à saúde de forma universal e integral levando em consideração o cenário restrito no que tange ao

orçamento e sua dificuldade em alocar recursos de forma satisfatória em uma país de grande desigualdade social.

Com isso, conclui-se pela imensa importância do financiamento do Sistema Único de Saúde, contudo se houvesse uma adequada alocação dos recursos os resultados seriam mais satisfatórios.

Por fim, após os dados coletados e as pesquisas realizadas sobre o tema pode-se inferir que existe uma relação direta entre os gastos per capita com a redução da TMI, tanto é que ao analisar o IFDM de cada município percebe-se que aqueles, de acordo com os padrões, é considerado alto tem uma Taxa de mortalidade infantil abaixo da média e quando se analisa municípios que tem a TMI alta o IFDM é considerado baixo.

9. REFERÊNCIA

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Lei nº 141/2012 e os Fundos de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2013. 159 p. – (CONASS Documenta, 26)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde. Brasília: CONASS, 2015

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2015

_____. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988.**

_____. Presidência da República. **Emenda Constitucional n. 29**, de 13 de Setembro de 2000.

_____. Presidência da República. **Lei Complementar n. 141**, de 13 de Janeiro de 2012.

_____. Presidência da República. **Emenda Constitucional n. 86**, de 17 de março de 2015.

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS** (Publicada no D.O.U.de 6/11/1996)

BEZERRA Filho JG, KERR LRFS, MINÁ DL, Barreto ML. Distribuição espacial da taxa de mortalidade infantil e principais determinantes no Ceará, Brasil, no período 2000-2002. **Cad Saúde Pública**. 2007;23(5):1173-85.

CAMPELLI, Magali Geovana Ramlow; CALVO, Maria Cristina M.. O cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 no Brasil. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro** , v. 23, n. 7, p. 1613-1623, July 2007 .

CECCON, Roger Flores; BUENO, André Luis Machado; HESLER Lilian Zielke; KIRSTEN, Karina Schreiner ; PORTES, Virgínia de Menezes, VIECILI, Paulo Ricardo Nazário. **Cad. Saúde Colet.**, 2014, Rio de Janeiro, 22 (2): 177-83.

FRIAS, Paulo Germano de; SZWARCOWALD, Célia Landman; LIRA, Pedro Israel Cabral de. Estimativa da mortalidade infantil no contexto de descentralização do sistema único de saúde (SUS). **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 11, n. 4, p. 463-470, Dec. 2011 .

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial [online]. Rio de Janeiro: **Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República**, 2013. Vol. 4. pp. 19-70. ISBN 978-85-8110-018-0. Available from SciELO Books.

JUCÁ, Mércia Marques. Análise da mortalidade infantil nos municípios do programa de interiorização do trabalho em saúde no Estado do Ceará. Fortaleza/2005 113p.; 2005.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. **Econ. soc.**, Campinas, v. 21, n. 2, p. 345-362, Aug. 2012.

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa Maria. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 900-916, Dec. 2014.

NEY, Márcia Silveira; PIERANTONI, Celia Regina; LAPAO, Luís Velez. Sistemas de avaliação profissional e contratualização da gestão na Atenção Primária à Saúde em Portugal. **Saúde debate, Rio de Janeiro**, v. 39, n. 104, p. 43-55, Mar. 2015.

OLIVEIRA LAP, MENDES MMS. Mortalidade infantil no Brasil: uma avaliação de tendências recentes. In: Minayo MCS, organizadora. **Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80. 2ª ed.** São Paulo: Hucitec Abrasco; 1999. p. 291-303

PIOLA, SF., et al. Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. VANDERLEI, Lygia Carmen de Moraes; NAVARRETE, Maria Luisa Vazquez. Preventable infant mortality and barriers to access to primary care in Recife, Northeastern Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 379-389, abr. 2013.

VICTORA, C.G. Iniquidade no adoecer e morrer. RADIS – **Comunicação em Saúde**, n.24, p.14-15, 2004.

RIPSA. REDE Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / **Rede Interagencial de Informação para a Saúde -. – 2. ed. – Brasília:** Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

SANTOS NETO, João Alves dos et al . Análise do financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 22, n. 4, p. 1269-1280

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609